



CERTIFICADO DE EXENCIÓN DE VACUNACIÓN DE IDAHO

Requisito de vacunación de cuidados de los niños

El Departamento de Salud y Bienestar de Idaho apoya firmemente la vacunación como una de las herramientas más sencillas y eficaces para la prevención de enfermedades graves transmisibles. Estas enfermedades prevenibles con vacunas pueden ser graves e incluso causar la muerte. El Departamento también reconoce que los individuos tienen el derecho de decidir si vacunan o no a sus hijos.

SECCIÓN 1: Lea los siguientes enunciados, marque los cuadros, y ponga su inicial y fecha en cada enunciado respecto a las enfermedades prevenibles con vacunas para las que solicita la exención. Para que sean válidas, se deben llenar las Secciones 1 y 2.

- | | | |
|---|---------|-------|
| <input type="checkbox"/> Difteria (DTaP, Tdap, Td): Entiendo que al no recibir esta vacuna, mi hijo tiene un mayor riesgo de contraer difteria. Los síntomas y efectos graves de esta enfermedad son: complicaciones cardíacas, parálisis, complicaciones respiratorias, coma y muerte. | _____ | _____ |
| | Inicial | Fecha |
| <input type="checkbox"/> Tétano (DTaP, Tdap, Td): Entiendo que al no recibir esta vacuna, mi hijo tiene un mayor riesgo de contraer tétano. Los síntomas y efectos graves de esta enfermedad son: convulsiones, espasmos laríngeos, trastorno neuromuscular y muerte. | _____ | _____ |
| | Inicial | Fecha |
| <input type="checkbox"/> Pertusis (Tosferina) (DTaP, Tdap): Entiendo que al no recibir esta vacuna, mi hijo tiene un mayor riesgo de contraer pertusis. Los síntomas y efectos graves de esta enfermedad son: neumonía, convulsiones, inflamación cerebral, complicaciones neurológicas y muerte. | _____ | _____ |
| | Inicial | Fecha |
| <input type="checkbox"/> Polio: Entiendo que al no recibir esta vacuna, mi hijo tiene un mayor riesgo de contraer polio. Los síntomas y efectos graves de esta enfermedad son: parálisis, discapacidad permanente y muerte. | _____ | _____ |
| | Inicial | Fecha |
| <input type="checkbox"/> Sarampión (MMR): Entiendo que al no recibir esta vacuna, mi hijo tiene un mayor riesgo de contraer sarampión. Los síntomas y efectos graves de esta enfermedad son: neumonía, encefalitis, convulsiones y muerte. | _____ | _____ |
| | Inicial | Fecha |
| <input type="checkbox"/> Paperas (MMR): Entiendo que al no recibir esta vacuna, mi hijo tiene un mayor riesgo de contraer paperas. Los síntomas y efectos graves de esta enfermedad son: meningitis, inflamación de los testículos u ovarios, esterilidad, pancreatitis, sordera y muerte. | _____ | _____ |
| | Inicial | Fecha |
| <input type="checkbox"/> Rubéola (MMR): Entiendo que al no recibir esta vacuna, mi hijo tiene un mayor riesgo de contraer rubéola. Los síntomas y efectos graves de esta enfermedad son: encefalitis, artritis y neuritis. La infección congénita puede causar sordera, defectos cardíacos, retraso mental y muerte. | _____ | _____ |
| | Inicial | Fecha |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B: Entiendo que al no recibir esta vacuna, mi hijo tiene un mayor riesgo de contraer hepatitis B. Los síntomas y efectos graves de esta enfermedad son: ictericia (piel u ojos amarillos), problemas hepáticos de por vida como fibrosis y cáncer hepático y muerte. | _____ | _____ |
| | Inicial | Fecha |
| <input type="checkbox"/> Influenza Haemophilus tipo b (Hib): Entiendo que al no recibir esta vacuna, mi hijo tiene un mayor riesgo de contraer Hib. Los síntomas y efectos graves de esta enfermedad son: meningitis, neumonía, sepsis, artritis, daño cerebral permanente y muerte. | _____ | _____ |
| | Inicial | Fecha |
| <input type="checkbox"/> Varicela: Entiendo que al no recibir esta vacuna, mi hijo tiene un mayor riesgo de contraer varicela. Los síntomas y efectos graves de esta enfermedad son: infecciones graves en la piel, neumonía, daño cerebral, encefalitis y muerte. | _____ | _____ |
| | Inicial | Fecha |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes de varicela: Mi hijo ya tuvo varicela, pero <u>no</u> lo diagnosticó un médico. No acepto que mi hijo reciba la vacuna de varicela y por tanto solicito una exención filosófica de este requisito. | _____ | _____ |
| | Inicial | Fecha |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A: Entiendo que al no recibir esta vacuna, mi hijo tiene un mayor riesgo de contraer hepatitis A. Los síntomas y efectos graves de esta enfermedad son: ictericia (piel u ojos amarillos) e incluso la muerte. | _____ | _____ |
| | Inicial | Fecha |
| <input type="checkbox"/> Neumococo: Entiendo que al no recibir esta vacuna, mi hijo tiene un mayor riesgo de contraer una enfermedad neumocócica. Los síntomas y efectos graves de esta enfermedad son: meningitis, infecciones en la sangre, neumonía, sordera y daño cerebral. | _____ | _____ |
| | Inicial | Fecha |
| <input type="checkbox"/> Rotavirus: Entiendo que al no recibir esta vacuna, mi hijo tiene un mayor riesgo de contraer rotavirus. Los síntomas y efectos graves de esta enfermedad son: diarrea grave, vómito, deshidratación y muerte. | _____ | _____ |
| | Inicial | Fecha |

Continúe con la
Sección 2

SECCIÓN 2: Seleccione UNO de los siguientes tipos de exención para las vacunas marcadas arriba.

EXENCIÓN MÉDICA (Esta exención requiere de la firma de un médico certificado)

Como médico de _____, certifico que la condición física de este niño es tal que las vacunas marcadas en la Sección 1 podría poner en riesgo su vida.

Esta exención médica es permanente.

Esta exención médica es temporal. Duración de la exención temporal: ____/____/____

Por la presente solicito que este niño sea exento de los Requisitos de vacunación de Children Attending Licensed Daycare Facilities (IDAPA 16.02.11) debido a una condición médica para la que se contraindican las vacunas.

Nombre del médico (LETRA DE MOLDE)

Firma del médico

Licencia médica #

Fecha

Como padre/tutor de _____, entiendo que en caso del brote de una enfermedad, mi hijo puede ser excluido de los cuidados de los niños mientras dure el brote, por su bien y el de los demás. Acepto haber leído en su totalidad este documento y haberlo entendido plenamente.

Nombre del padre/tutor (LETRA DE MOLDE)

Firma del padre/tutor

Fecha

Nombre completo del niño exento (LETRA DE MOLDE)

Fecha de nacimiento del niño (mes, día, año)

EXENCIÓN RELIGIOSA

Como padre/tutor de _____, certifico ser miembro de una organización religiosa cuya doctrina se opone a la vacunación por los siguientes motivos:

Entiendo que en caso del brote de una enfermedad, mi hijo puede ser excluido de los cuidados de los niños mientras dure el brote, por su bien y el de los demás. Acepto haber leído en su totalidad este documento y haberlo entendido plenamente.

Nombre del padre/tutor (LETRA DE MOLDE)

Firma del padre/tutor

Fecha

Nombre completo del niño exento (LETRA DE MOLDE)

Fecha de nacimiento del niño (mes, día, año)

EXENCIÓN FILOSÓFICA

Como padre/tutor de _____, me niego a que mi hijo reciba la(s) vacuna(s) marcada(s) en la Sección 1 de este formulario por los siguientes motivos:

Entiendo que en caso del brote de una enfermedad, mi hijo puede ser excluido de los cuidados de los niños mientras dure el brote, por su bien y el de los demás. Acepto haber leído en su totalidad este documento y haberlo entendido plenamente.

Nombre del padre/tutor (LETRA DE MOLDE)

Firma del padre/tutor

Fecha

Nombre completo del niño exento (LETRA DE MOLDE)

Fecha de nacimiento del niño (mes, día, año)